

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» МЗ РФ, Москва

В статье обсуждаются принципы, цели, задачи и современные технологии медицинской реабилитации детей, страдающих бронхиальной астмой, способствующие максимальному восстановлению нарушенных функций, предупреждению прогрессирования заболевания, снижению лекарственной нагрузки на организм ребенка, достижению ремиссии.

Ключевые слова: дети, бронхиальная астма, медицинская реабилитация.

The paper discusses principles, goals, objectives and up-to-date technologies of the medical rehabilitation in children with bronchial asthma for maximal restoration of impaired capacity, prevention of the disease progression, medication stress reduction, remission achievement.

Key words: children, bronchial asthma, medical rehabilitation.

В структуре хронических болезней легких в настоящее время лидирует бронхиальная астма (БА). Неуклонный рост распространенности этой патологии, нарастание тяжести течения ставят задачи, связанные не только с разработкой тактики лечения, но и с оказанием высокотехнологичной реабилитационной помощи [1, 2]. Орга-

низация медицинской реабилитации осуществляется на основе комплексного применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов.

Медицинская реабилитация детей с БА направлена на профилактику и снижение детской инвалидности, повышение качества жизни

Контактная информация:

Хан Майя Алексеевна – д.м.н., проф., зав. научно-исследовательского отделения педиатрии ФГБУ Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии МЗ РФ

Адрес: 121069 г. Москва, Борисоглебский пер., 9

Тел.: (499) 766-70-23, E-mail: 6057015@mail.ru

Статья поступила 12.09.13, принята к печати 26.01.14.

ребенка и его семьи и носит многоуровневый характер в сети учреждений, обеспечивающих поэтапное и последовательное осуществление восстановительного лечения в зависимости от тяжести состояния ребенка. Первый этап медицинской реабилитации осуществляется в самый острый период при тяжелом течении заболевания в отделениях реанимации и интенсивной терапии; второй этап – в ранний восстановительный период, при наличии остаточных явлений заболевания, вне обострения в стационарных условиях медицинских организаций (реабилитационных центрах, отделениях реабилитации); третий этап – в ранний и поздний реабилитационный периоды, период остаточных явлений течения заболевания вне обострения в отделениях (кабинетах) реабилитации, физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, мануальной терапии, психотерапии, медицинской психологии в амбулаторных условиях или в санаторно-курортной организации.

В основу санаторно-курортного лечения положена профилактическая и реабилитационная направленность. Целью санаторного этапа реабилитации являются полная ликвидация остаточных клинических проявлений обострения заболевания, профилактика осложнений, оздоровление, повышение защитных сил организма.

Основополагающими принципами медицинской реабилитации детей, страдающих БА, являются раннее начало реабилитационных мероприятий; длительный период реабилитации, продолжающийся до полного восстановления нарушенных и утраченных функций; индивидуальный подход при разработке режима реабилитации; непрерывность применения реабилитационных мер; последовательность восстановительного лечения; преемственность этапов реабилитации; комплексность и целостность программы восстановительного лечения.

К настоящему времени обоснован огромный спектр лекарственных и немедикаментозных технологий медицинской реабилитации: природные физические факторы (климат, минеральные воды, лечебные грязи), аппаратная физиотерапия, лечебная физическая культура (ЛФК), массаж, рефлексотерапия, мануальная терапия, лечебное профилактическое питание, фитотерапия, элементы спорта, гомеопатия и др., которые необходимо сочетать с психолого-педагогической коррекцией и социальной поддержкой пациентов. Включение в программу лечения немедикаментозных методов позволяет снизить лекарственную нагрузку на организм ребенка, существенно сокращает сроки лечения, хорошо переносится детьми и сочетается с базисной терапией [3, 4].

На раннем этапе медицинской реабилитации детей с БА широко используются аэрозольная терапия, низкоэнергетическое лазерное излучение (НЭЛИ), массаж, дыхательная гимнастика.

Применение небулайзеров способствует быст-

рому купированию затяжных приступов, астматических состояний [4–7].

В острый период применяется НЭЛИ инфракрасного диапазона на рефлекторно-сегментарную зону, паравертебрально (Th₂–Th₆, 2–4 Вт в импульсе, частота 1500 Гц – 2 процедуры, затем 80 Гц, 2–4 мин в зависимости от возраста, на курс 6–7 процедур), обеспечивающее противоотечный, десенсибилизирующий, противовоспалительный, иммунокорректирующий эффекты, оказывающее стимулирующее воздействие на процессы регенерации и обмена в тканях, повышающее уровень кислорода в организме, улучшающее гемодинамику и микроциркуляцию [8, 9].

Для успешной реабилитации больных в острый период БА целесообразно использовать точечный массаж, а также массаж рефлексогенных зон с целью купирования приступов удушья.

На втором этапе медицинской реабилитации в период стихающего обострения особое внимание уделяется импульсным воздействиям, позволяющим оказывать активное влияние на состояние нервной рецепции, тонус дыхательных мышц и гладкой мускулатуры бронхов. Воздействие синусоидальными модулированными токами (СМТ) на рефлекторно-сегментарную зону (межлопаточная, паравертебрально) и на заднебоковые отделы грудной клетки используют для оказания влияния на центры вегетативной регуляции, уменьшения бронхообструкции [10].

В комплексном лечении БА у детей используется лекарственный электрофорез. Электрофорез 0,1% водного раствора беротека способствует уменьшению или исчезновению одышки, сухих хрипов в легких, повышению функциональной активности β₂-адренорецепторов. Для уменьшения явлений бронхиальной обструкции и коррекции гипомagneмии показан электрофорез магния сульфата на область грудной клетки.

Проведенными исследованиями установлено благоприятное влияние интерференционных токов (межлопаточная зона, частота 50–100 Гц, 8–10 мин) на функцию внешнего дыхания, функциональное состояние иммунной и нервной системы, мышечный тонус, кровообращение [11].

При снижении функциональной активности дыхательной мускулатуры, экскурсионной способности диафрагмы, нарушении физиологического стереотипа дыхания целесообразно проведение динамической электростимуляции [12, 13].

Фармакофизиотерапевтические методы воздействия позволяют достигнуть синергизма, оказывать более выраженное влияние на различные патогенетические звенья заболевания, для чего применяется лекарственный электрофорез постоянными и импульсными токами (СМТ-форез, диадинамофорез и др.) [10].

Воздействие ультразвука детям школьного возраста паравертебрально на уровне Th₁–Th₁₂ (интенсивность 0,1–0,2 Вт/см²) оказывает выра-